

14

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA" E "ET EXTRA"

OUTORGANTE(S): Ivanildo José da Silva,
brasileiro(a), solteiro (estado civil), Agricultor (profissão),
portador (a) da cédula de identificação RG nº 2007028024646,
devidamente inscrito no CPF sob nº 805.738.941-91, residente e
domiciliado no Sítio Taboca
Viçosa do Ceará.

OUTORGADO(S), CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA, brasileiro,
casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o N° 31.972 e NATHANIEL MENDES
DE VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o
n° 34.325, ambos com escritório situado à Rua Padre José Beviláqua, nº 022, Bairro
Centro, Viçosa do Ceará/CE, CEP 62300-000.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, nomeia e constitui
seu bastante procurador e advogado, o outorgado acima qualificado, para o fim
de representá-la com amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad
judicia" e "et extra", em qualquer Fórum ou Tribunal, órgão ou instância
administrativa Federal, Estadual ou Municipal, podendo propor contra quem de
direito as ações cabíveis e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras até
final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe(s),
ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos
ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda, substabelecer esta na pessoa
de outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e
valioso.

Viçosa do Ceará/CE, 17 de Janeiro de 2017.

Ivanildo José da Silva
(nome)
CPF nº 805.738.941-91

15

1151110988

Scanned with CamScanner

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)



Eu, Juanildo José da Silva, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor, portador(a) do RG nº 2007028024646 SSP/CE e CPF nº 805.738.941-91, filho de pai José Vidal da Silva e mãe Rosimar da Sousa Silva DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Taboca, nº 514, bairro Zona rural, na cidade de Vigorosa do Ceará - CE, ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Vigorosa do Ceará - CE, 17/01/2017.

x Juanildo José da Silva

DECLARAÇÃO DE POBREZA



Eu Juanildo José da Silva
nacionalidade Brasileiro, estado civil Solteiro
profissão Agricultor, RG nº 2007028024646 SSP/CE,
CPF nº 805.738.941-91 residente e domiciliado(a) na
Sítio Taboca, nº SN, bairro Zona rural
na cidade de Viçosa do Ceará, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Viçosa do Ceará - CE, 17 de Janeiro de 2017.

Juanildo José da Silva

Assinatura



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 828 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **09/06/2016 15:44:51**

Data / Hora da Ocorrência: **16/02/2016 22:30:00**

Endereço da Ocorrência: **SÍTIO TABOÇA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**

Ponto de Referência: **PROXIMO A IGREJA EVANGELICA**

Notificante(s)

Nome: **IVANILDO JOSE DA SILVA**

Nascimento: **18/08/1974** CPF: **803.738.342-63**

RG: **2007028024646** Órgão Emissor:

Filiação: **ROSIMAR DE SOUSA SILVA**

JOSE VIDAL DA SILVA

Endereço: **SÍTIO TABOÇA**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP: **62.300-000**

Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(86) 9338-7262**

Histórico

AFIRMA O NOTIFICANTE QUE NO LOCAL E DATA RELACIONADA OCVINTA 1. CIVIL DO VEÍCULO CAMINHOTE, PALESTRADA WORKING, PLACA JMS9903, ANO 2003, CHASSI 9RD27R07212779603, DE PROPRIEDADE DE ADRIANO SANTOS DO NASCIMENTO, QUANDO POR UM DESCUIDO, CAIU DE CIMA DO VEÍCULO, FICANDO O MESMO COM LESÕES CORPORAIS CONFORME O LAUDO MEDICO EM ANEXO, ESTE B.O. É PARA FINS DE CIVAT.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO Nº

IVANILDO JOSE DA SILVA

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **ivanildo jose da silva**

VISTO DO DELEGADO(A):

GREGÓRIO JOSE DE OLIVEIRA NETO

VISTO EM:
1/2016

CMT DA
GCMVC



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA DE INFRAESTRUTURA
GUARDA CIVIL MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ

Nº ____/2016

DATA

16/02/2016

TERÇA-FEIRA

CIDADE	ATENDIDO POR	HORÁRIOS			DATA OCORRÊNCIA
		OCORRÊNCIA	CONHECIMENTO DO FATO	ATENDIMENTO	
VIÇOSA DO CEARÁ	COMANDANTE E EFETIVO DO RONDA ESCOLAR	22h30min	22h30min	22h30min	16/02/2016
LOCAL DA OCORRÊNCIA		SITIO TABOCA			
RESULTADO FINAL DA AÇÃO DA GCMVC		FEITO O REGISTRO DA OCORRÊNCIA			

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

ACIDENTE DE TRÂNSITO

COORDENADOR DE DIA	REGISTRADO POR	SOLICITANTE	ATENDIDO POR	DIGITADOR
GCMVC	GCMVC	HOSPITAL	HOSPITAL	GDA. SAMUEL

ATO DECLARATÓRIO

"A vítima Ivanildo José da Silva, vinha na carroceria do veículo caminhonete, FIAT/STRADA WORKING, PLACA JWS8907, ANO 2001, CHASSI: 9BD27807212779603, de propriedade de Adriano Santos do Nascimento, quando caiu de cima do veículo, ficando com lesões corporais. O mesmo foi socorrido até o Hospital de Viçosa do Ceará com suposto Traumatismo Craniano, sendo depois, encaminhado para a cidade de Sobral."

VÍTIMA: IVANILDO JOSÉ DA SILVA, RG 2007028024646; CPF: 805.738.941-91; DN: 18/08/1974

VEÍCULO: FIAT/STRADA WORKING, PLACA JWS8907 / CHASSI: 9BD27807212779603

DESPACHO DO CMT DA GCMVC

Samuel Cunha Nogueira
GCMVC MAT 6411
Setor Administrativo
Guarda SAMUEL
Responsável pela digitação das informações



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL/DPI
DELEGACIA MUNICIPAL DE TIANGUÁ



CERTIDÃO

Antonio Viana Barbosa Junior, Escrivão de Polícia civil, lotado na Superintendência de Polícia civil, com exercício na Delegacia Municipal de Polícia Civil de Tianguá, no uso de suas atribuições legais etc.

CERTIFICA, a requerimento verbal da parte interessada, para os devidos fins de aditamento e efeitos legais consta no SIP – SISTEMA DE INFORMAÇÕES POLICIAIS o tombo do B.O. nº 570-926/2016, noticiando acidente de trânsito com vítima lesionada – **IVANILDO JOSÉ DA SILVA**, acontecido na data de 16/02/2016, 10:30h, na Estrada que dá acesso à localidade do Sítio Taboca, zona rural de Viçosa do Ceará-CE, quando o referido senhor se conduzia na carroceria do caminhonete FIAT/STRDA, de placa JWS8907-CE. O veículo realizou uma manobra, fazendo com que a vítima caísse e sofresse TCE grave. O Sr. **IVANILDO JOSÉ DA SILVA** foi socorrido ao Hospital Municipal de Viçosa do Ceará e por conta da gravidade de seus ferimentos foi socorrido à Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE, onde recebeu atendimento médico especializado. Ressalte-se que o acidente aconteceu às 10:30h, e não às 22:30h, como foi registrado no citado Boletim de Ocorrência. O referido é verdade. Dou fé.

Tianguá-CE, 26 de agosto de 2016.

Antonio Viana Barbosa Junior
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula 133.968-1-7

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160457501 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IVANILDO JOSE DA SILVA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A
BENEFICIÁRIO IVANILDO JOSE DA SILVA
CPF/CNPJ: 80573894191

Posição em 06-12-2016 09:55:56

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 3.375,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/12/2016	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

ACESSIBILIDADE

 (/Pages/Acessibilidade.aspx)  (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Euânildo José da Silva 23
Sexo: M (X) F () DN: 18/08/1974 Idade: 40a Raça/Cor: Preto
Nome do Pai: João da Silva Nome da Mãe: Regina de Sousa Silva
Estado Civil: Casado Profissão: Agricultor
Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
Endereço: St. Tereza Telefone () _____
Cartão do SUS: 708 1058 0578 310 RG: 0007028024646
Data do Atendimento: 16/02/2016 Hora: 12:14 Recepção: _____
CPF: 805.738.941-91

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 110 x 70 mmHg
FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não

Queixa Principal: _____

Há quanto tempo: _____

Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____

Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: 16/02/16 Hora: _____ Alcoolizado: () Sim (X) Não () Ignorado
() Moto - Usando Capacete? _____ () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
() Atropelamento Local: _____
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde? _____
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Álcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
(X) Outros: Queda de escada

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

pré-história de Queda de Escada
apresenta TCC grave

Classificação de Risco: ☐

Data: 16/02/16

Dr. Antônio César V. Ribeiro

MED. 00000000000000000000

CPF: 000.000.000-00

Assinatura do Profissional: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Cefaleia, tce leve a I Sd, com apressamento

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

- 1- SF OCT. 500ml, EV Hgh /w 500
- 2- DILUÍDA 2:18:00 EV 130
- 3- Vp / RA 25, IM 130
- 4-
- 5-
- 6-

César V. Ribeiro
MÉDICO CRM 8937
CPF 633.233.254-14
MÉDICO
Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE HOSPITALAR UNIDADE DE CUIDADO DE AUTOMÓVEL APROXIMADO TCE GRAVE ALTOCOSTO E SE ENCONTRA EM OBSERVAÇÃO

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:

Yvanildo José da Silva
Assinatura do Usuário ou Responsável



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: HUMANVC

Distrito Sanitário: St. Teófica

Município: 24

Nome: IVANILDO JOSÉ DA SILVA

Sexo: ☒ M ☐ F

Data de Nascimento: 1/1/

Ocupação: -

Prontuário Nº: -

Endereço: -

Município: -

Fone: -

Motivo do Encaminhamento: TCR moderado

Resultado do(s) Exame(s): Avaliação e conduta pendente

Conduta já Realizada: YOMOKSA RIA - CONTUSÃO (VE)

Impressão Diagnóstica: hemat. Susd. Crônico?

RUI PAZIN
Assinatura do Encaminhante
CPF: 273.654.500-4

Nº Registro

Função

24.02.16

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: -

Profissional: -

Unidade de Referência: -

Função

Data

Hora

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: -

Prontuário Nº: -

Data da Alta: -

Município: -

Resumo Clínico / Cirúrgico: -

Resultado do(s) Exame(s): -

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
PP: Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

Diagnóstico: Principal -

Secundário 1 -

Secundário 2 -

CID: -

CID: -

CID: -

Proposta de Consulta para seguimento: -

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

ATEND.: 4424555, DT. ATEND.: 25/2/2016 - 11:28
MATRI.: 869776 NASCIMENTO.: 18/8/1974
NOME.: IVANILDO JOSE DA SILVA
MAE.: ROSIMAR DE SOUSA SILVA
CPF.: 80573894191 CDS: 708105805783710 SUSFACIL:
ENDER.: SÍTIO TABOACA 0
BAIRRO: ZONA RURAL - VITÓRIA DO CEARÁ - CE - CEP: 62300000



ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☒

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 11:23

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
- ☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- ☐ NÃO TINHA MÉDICO
- ☐ POSTO ESTAVA FECHADO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

Santa Casa de M. de Sob.
S.A.M.E.
ONFERE COM O ORIGINAL
PP. Ana Lemos
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

NÃO ☐ CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ TEM PLANO DE SAÚDE
- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMBULANDO
- ☐ OUTRAS AMBULÂNCIAS
- ☐ MOTO, BICICLETA...

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

HDA DO ACOLHIMENTO:

Por via aérea de queda de carro (sic) 18 dias
resolvi com refração, lentes.

PA: 100/120 PULSO: 86 FR: TEMP.: PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

☐ Acidente c/ objetos corto-contusos

☐ Acidente por arma de fogo

☐ Afogamento

☐ Choque elétrico

☐ Queda. De onde?

☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho

☐ Produto químicos farmacêuticos

☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau

Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico

☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto

☐ Bicicleta ☐ Outros

☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto

☐ Moto: ☐ com capacete ☐ sem capacete

☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico

☐ Selvagem ☐ Ofídico

☐ OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE: X

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



PROFISSIONAL:



NOME: Vanildo José da Silva

Nº PRONTUÁRIO

869076

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

26

DATA	
<u>Nov 25/03/16</u> <u>15:00h</u>	TCF Nº 10 de - DICHA ESCRITA - TC CERVA. CONDIÇÃO HEMORRÁGICA EM FASE AGUDA PC asloqfo Ata de Novo Monitoramento e ATUE)
<u>25.02.16</u> <u>21:00h</u>	Alta hospitalar Dr. Bruno Modelos CRM 134.122

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
Dr. Andréia R. Montenegro
COORDENADORA



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SORRAL



BALANÇO HÍDRICO - EMERGÊNCIA

Paciente: **Ivanildo José da Silva**

Peso:

Enf./Ativo:

Prontuário:

Data: 1/1/

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/ NOTAS DE OCORRÊNCIAS

MANHÃ

CORENICARIMBO

CONFERE Santa Casa de M. de Sorral
CONFERE COM O ORIGINAL
ANDRÉA R. MONTENEGRO
COORDENADORA

TARDE

CORENICARIMBO

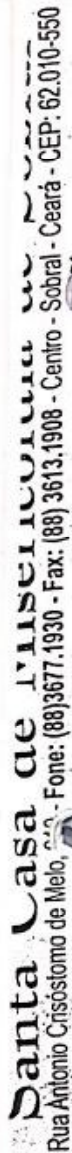
19:40 Presente Guacetha - a enfermeira
orientado, plantão, quando enfermeiro afabulou
deixa no momento de que a enfermeira
deixa a enfermeira de 03:05
00:00 Adm. de 04:00 CH 03
00:00 Adm. de 04:00 CH 03

NOITE

CORENICARIMBO

HR	BIC1	BIC2	BIC3	BIC4	BIC5	BIC6
MED.						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						

19:40	Presente Guacetha - a enfermeira	
orientado, plantão, quando enfermeiro afabulou		
deixa no momento de que a enfermeira		
deixa a enfermeira de 03:05		
00:00 Adm. de 04:00 CH 03		
00:00 Adm. de 04:00 CH 03		



**SANTA CASA
DE MISERICORDIA
DE SOBRAL**
ENTIDADE FILANTROPICA

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente:

transmido para da Silva

HSA

Diagnostic:

Matrícula:

869976

Reg.: 742955 Leito: _____

Queixas:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	1) Dieta Geral		13:00	Admitido nesse setor, com DS de
	2) SF 0916 2000 ml EV 28 got/min.	1000-2000		HSA, vítima de queda de carro há
	3) Fenitoína 2:18 ml AN EV 8/8 h.	14/28.06V.		8 dias (sic), evoluindo com ce-
	4) Difenidramina 2:18 ml AN EV 6/6 h.	14/28.06V.		faleira e tontura. Realizou TC de
	5) Bromoprida 2:18 ml AN EV 8/8 h.	14/28.06V.		crânio, aguardando avaliações neu-
	6) NEUROLÓGICA			rológicas. No momento oriento
	7) SSIV + CCG			de eufemias, em hidratações
				venosa, aos cuidados de enfer-
				magem
01:00h	8) Alta hospitalar.			

56 pp3

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)